

## Summary

Colonic pathology complicating acute pancreatitis is known to be associated with high mortality. Pre- and intraoperative recognition of the colonic pathology complicating acute pancreatitis is difficult. Surgical management of this situation is still controversial.

## PROCEDEUL FREY – SOLUȚIE CHIRURGICALĂ OPORTUNĂ ÎN PANCREATITA CRONICĂ

**Gheorghe Ghidirim**, dr. h. în medicină, prof. univ., academician, **Gheorghe Rojnovanu**, dr. în medicină, conf. univ., **Igor Mișin**, dr. în medicină, conf. univ., **Ion Gagauz**, dr. în medicină, conf. univ., **Radu Gurghiș**, cercet. științ., catedra Chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi” și Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, USMF “Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență

Managementul terapeutic al pancreatitei cronice (PC) este, în mare măsură, paliativ, majoritatea pacienților necesitând o evaluare în dinamică și intervenție chirurgicală la suspectarea unei malignizări pancreatice, a unui tablou clinic dominat de durere și scădere ponderală, sau la dezvoltarea de complicații locale [1]. Tratatamentul chirurgical al pacienților care suferă de complicațiile pancreatitei cronice rămâne a fi o mare provocare [2,3]. Riscurile intervențiilor chirurgicale pancreatice au fost foarte mari în trecut, fiind cauzate de necunoașterea complexității patofiziologiei maladiei [1], de proceduri nefondate pe probe, de moment de timp necorespunzător, de evaluarea neadecvată a rezultatelor [1,2,4] și au rezultat într-o căutare a abordărilor alternative între așteptare vigilentă, intervenții endoscopice și tratament chirurgical. Operația ideală pentru PC trebuie să fie proiectată astfel încât să excludă existența neoplaziei, să asigure o ușurare de durată a durerii și să corecteze, să limiteze dezvoltarea complicațiilor locale [2]. Adică, ar trebui să fie pe cât de simplă, pe atât de sigură și să păstreze funcțiile endocrine și exocrine ale pancreasului [1]. Au fost propuse numeroase soluții chirurgicale, dovadă a faptului că nu există un tip de intervenție ideală pentru toți pacienții. Astfel, au fost realizate procedee derivative, de drenare (Puestow, Partington-Rochelle) și rezecții pancreatice.

Deoarece 40-60% dintre pacienții cu PC prezintă ectazie ductală [1], ce presupune și o hipertensiune intraluminală [5,6], decompresia sistemului ductal pancreatic devine unul din principalele principii terapeutice. Obstrucția ducturilor Wirsung și Santorini rezultă din cauza unor stenoze singulare sau multiple și/sau obstrucției lumenului cu carbonat de calciu [1]. Înlăturarea chirurgicală a concremenților pancreatici a fost raportată încă în secolul trecut de Gould (1898) și Moynihan (1902) [1]. Coffey și Linh primii au descris conceptul de decompresie a ductului biliar prin bypass-ul obstrucției. Primele aplicări clinice au fost efectuate independent de DuVal [7] și Zollinger et al. [8], decompresia ductului pancreatic fiind obținută prin rezecția cozii pancreatice și drenajul retrograd al ductului pancreatic. Cel mai des utilizat procedeu de drenaj pentru PC a fost pancreatojejunostomia longitudinală (PJJ), procedură istorică Puestow, propusă în 1958, ce implica rezecția cozii pancreatice, splenectomia și invaginarea cozii și a corpului pancreatic în ansa jejunală întocmai ca Roux [2]. Procedeu Puestow a fost înlocuit cu modificarea Partington-Rochelle, care efectua PJJ cu prezervarea splinei și a cozii pancreatice, ea devenind metoda standard de drenaj, bazându-se pe morbiditate și mortalitate mai mică [1,2,3,9]. Supravegherea pe termen lung a procedeele de drenaj a fost marcată de o rată elevată a recurențelor durerii clinic relevante, astfel încât după 5 ani doar 62-75% din pacienți nu prezentau durere [1,2,6,10,11].

Eroarea în proiectarea strategiilor chirurgicale constă în faptul că majoritatea pacienților cu o tumoare inflamatorie în capul pancreasului și procesul uncinat, cu stenoze proximale ale ductului

pancreatic principal sau ale ducturilor de ordinele 2 și 3, nici unul nu puteau fi tratați chirurgical printr-o PJJ [1,2,3,4]. Procedeele rezecționale pentru PC se bazează pe conceptul că înlăturarea completă a țesutului pancreatic modificat patologic ar elimina durerea și ar preveni complicațiile ulterioare. Alegerea procedurii operator în PC este determinată, în principal, de gradul de dilatare a ductului pancreatic și de morfologia glandei [1,2]. Este cunoscut că 1/3 din pacienții cu PC prezintă o masă inflamatorie a cefalului pancreatic, el fiind considerat ca „pacemaker-ul” bolii [1,12]. 90-95% din cei care suferă de PC și sunt supuși intervenției chirurgicale au o problemă localizată în capul pancreasului, masa inflamatorie cefalică fiind contraindicație pentru o simplă procedură de drenaj, iar efectuarea doar a PJJ eșuează în dispariția simptomelor [1]. Fără rezecția capului pancreatic este imposibilă drenarea întregului duct până în apropierea nemijlocită a papilei; nu se reușește niciodată drenarea ducturilor de ordinele 2 și 3, precum și a ductului Santorini [2,3,4,5,12].

Procedeele rezecționale tradiționale sunt fie rezecții pancreatice stângi, fie rezecții cefalopancreatice; duodenopancreatectomiile cefalice (DPC) Whipple sau DPC cu preservarea de pilor. Rezecțiile totale sau aproape totale au efect nefast asupra funcției pancreatice, morbiditate și mortalitate înaltă și au fost consecutiv abandonate [1,11,13]. Tratamentul pancreasului distal este slab în eliminarea durerii [11] și produce insuficiență endocrină [13]. Cea mai frecventă rezecție, în prezent, pentru PC este DPC tip Whipple sau DPC cu preservare de pilor. La aproximativ 1/3 din pacienți rezecția trebuie să fie asociată unei pancreatojejunostomii laterale distale [14]. Sacrificarea organelor neafectate - stomacul, duodenul, ductul biliar comun- este dezavantajul major. Deși rata mortalității este foarte joasă – 1-3% [15], chiar dacă rezecțiile sunt efectuate în centre specializate, morbiditatea însă alcătuiește 22-32% [15] și se înregistrează o pierdere a funcției pancreatice endocrine și exocrine [13,14,16]. Calitatea vieții se îmbunătățește după DPC, însă, deși rezecțiile cu preservarea pilorului sunt chiar mai bune la acest parametru, controlul pe termen lung al durerii este obținut în 80-82% după pancreatoduodenectomiile parțiale [16].

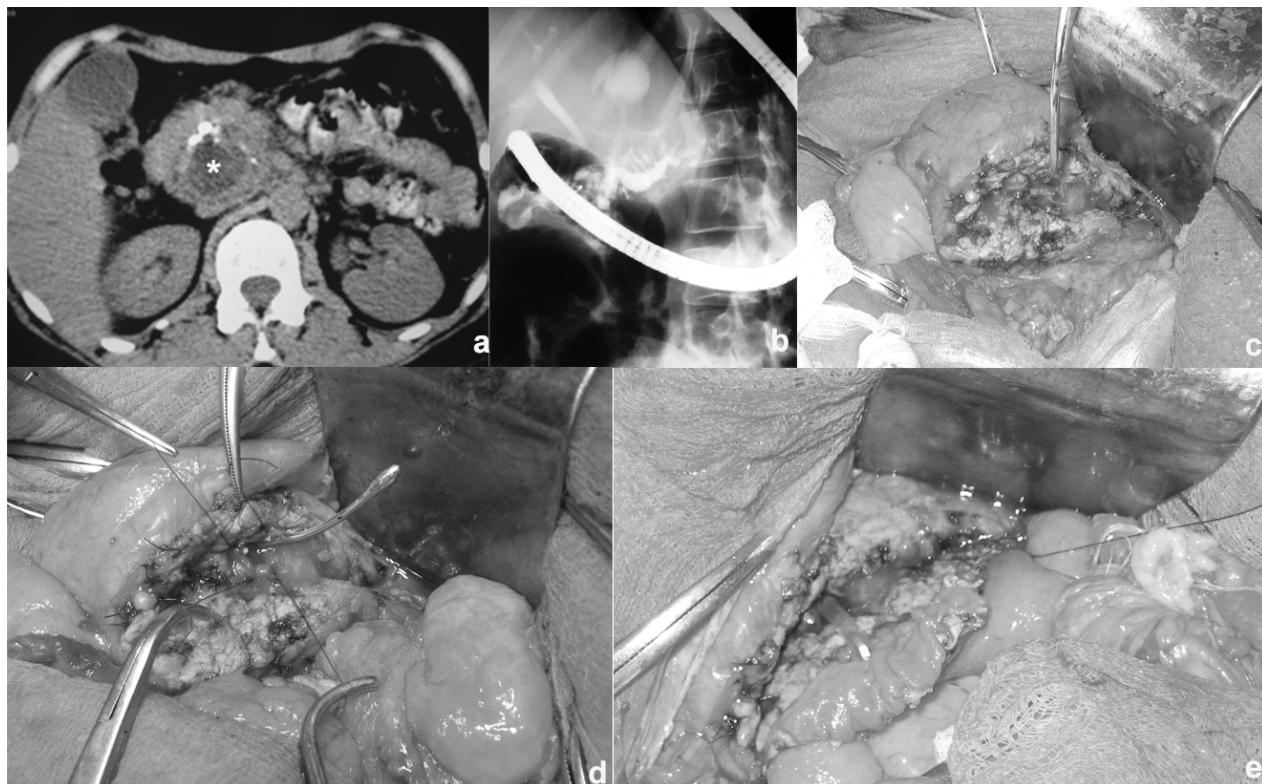
Pentru a limita mărimea rezecției țesutului afectat și drenarea extinsă, procedeele de rezecție limitată au fost considerate ca o alternativă pentru procedeele de sacrificare a organelor, precum este DPC de tip Whipple sau cele cu preservarea de pilor. Aceste proceduri sunt rezecții pancreatice cu păstrarea duodenului, vizând primar capul pancreasului. Scopul lor este îmbinarea avantajelor unei funcționări pancreatice mai bune și a metodelor de drenare, un management mai bun al durerii obținut prin rezecție [2,12]. Rezecția capului pancreatic cu păstrarea duodenului (RCPD), descrisă de Beger (1995) [12], și rezecția locală a capului cu pancreatojejunostomie longitudinală (RL PJJ), descrisă de Frey (1987) [9], sunt două alternative ale DPC parțiale în tratamentul chirurgical al PC [1,2]. Apariția procedeele Beger și Frey, care combină rezecția pancreatică cu menținerea anatomiei tractului digestiv, reprezintă un progres notabil în chirurgia PC. Ele nu sunt doar mai ușoare din punct de vedere tehnic decât DPC, dar și mai inofensive pentru pacient [3,4]. RCPD și RL PJJ sunt considerate ca fiind egale în ceea ce privește eficiența eliminării sindromului algic [4,17]. Intervenția Frey este mai ușor de efectuat și aceasta s-a demonstrat într-un studiu aleator, rezultatele sunt semnificativ mai bune pentru morbiditate – 7,5-9%, de asemenea și riscurile operatorii legate de rezecția axului venos portomezenteric sunt minime, iar complicațiile postoperatorii mai puține [3,4].

### Cazuri clinice

Prezentăm cazurile clinice ale 2 pacienți cu PC, mari consumatori de alcool, a căror indicație chirurgicală principală a constituit-o durerea rezistentă la antalgice.

**Cazul 1:** Pacienta M f/36 de ani, consumatoare cronică de alcool, fumătoare, cu o istorie a maladiei de 5 ani, în 2005 a fost operată pentru eruperea unui pseudochist pancreatic. În 2006/II a fost internată din nou pentru PC cu sindrom algic manifest și scădere ponderală. Computer tomografia (CT) a determinat o masă tumoroasă hiperdensă cefalică și litiază pancreatică (*fig. 1a*), colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (PGRE) relevă o PC calculoasă cu dilatarea sinuoasă a ductului Wirsung  $\approx 11\text{mm}$  (*fig. 1b*). A urmat tratamentul conservator, starea s-a ameliorat și a refuzat interven-

ția chirurgicală. În 2006/III a fost respitalizată, deja pentru icter mecanic cu tablou biologic de enzime de citoliză și colestază crescute și bilirubinimie.



*Fig. 1a.* CT abdominală ce determină o masă tumoroasă hiperdensă, cefalică și litiaza pancreatică

*Fig 1b.* Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică ce prezintă dilatarea sinuoasă a ductului Wirsung  $\approx 11\text{mm}$  și litiaza pancreatică

*Fig 1c.* Fotointraoperatorie: craterul cefalic pancreatic după rezecțiile locală, ventrală, cefalică, procedeul Frey

*Fig 1d.* Fotointraoperatorie: efectuarea coledocopancreatostomiei pe sonda Dogliotti

*Fig 1e.* Fotointraoperatorie: pancreatojejunostomia longitudinală; stratul intern de sutură, atașând mucoasa și seroasa jejunală la marginea ductului pancreatic

**Cazul 2:** Pacientul B b/43, de asemenea, consumator de alcool, fumător, s-a prezentat pentru dureri abdominale, cu iradiere în „centură”, scădere ponderală. Ultrasonografia decelează o tumoare cefalică pancreatică. Pasajul baritat a înregistrat un tranzit gastroduodenal liber. Tabloul biologic fără particularități. PGRE determină hepatocoledoc dilatat, porțiunea distală uniform și extins îngustată  $\approx 4\text{ cm}$ , Wirsungul  $\approx 6\text{ mm}$ , la nivelul cefalului mai îngustat, unde se determină 2 colecții:  $3,5\text{cm} \times 2,0\text{cm}$  și  $2,2\text{cm} \times 2,3\text{cm}$ .

După investigațiile de rigoare și pregătirea preoperatorie obișnuită, ambii bolnavi au fost operați, practicându-se intervenția Frey. Evoluțiile postoperatorii au fost simple, fără complicații locale și generale, cu dispariția durerii postoperator și îmbunătățirea calității vieții. Pacienții sunt monitorizați pentru rezultatele pe termen lung.

### **Tehnica chirurgicală**

După incizia bisubcostală și explorarea completă a cavității peritoneale, efectuarea manevrei Kocher permite aprecierea prin palpare a dimensiunilor și consistenței capului pancreatic; de precizat că manevra Kocher trebuie să fie completă, până la nivelul venei mezenterice superioare (VMS) [2]. Se pătrunde în bursa omentală prin deschiderea ligamentului gastrocolic până la nivelul unghiului splenic, urmată de disecția și ligatura vaselor gastroepiploice drepte, pentru vizualizarea suprafeței anterioare a capului pancreatic. Identificarea VMS infrapancreatic permite expunerea procesului uncinat și previne lezarea accidentală a VMS în timpul rezecției cefalice. Uneori procesul uncinat este



destul de mărit și eliberarea venelor ce-l drenează în VMS este necesară pentru a permite înlăturarea acestuia [2].

Ductul pancreatic, dacă este mult dilatat, poate fi văzut bombând pe suprafața anterioară a pancreasului sau poate fi localizat prin palpare. De asemenea, puncția aspirativă permite identificarea canalului pancreatic la nivelul corpului sau cozii pancreasului. Încercările de localizare a ductului în istmul glandei trebuie să fie evitate, deoarece VMS se află direct sub el [2]. Capsula anterioară este incizată deasupra ductului pancreatic, utilizând electrocauterul până la 2 cm de vârful cozii și până la 1 cm de ampula Vater, cu atenție pentru a nu fi lezată VMS, ținând cont de faptul că ductul pancreatic are un traiect posterior și inferolateral. Urmează inspecția endolumenală a ductului și îndepărtarea eventualilor calculi.

Limita posterioară de rezecție este reprezentată de peretele posterior al ductului pancreatic, aflat la câțiva milimetri de capsula posterioară. Masa inflamatorie este rezectată până când în interiorul potcoavei duodenale rămâne o lamă subțire de țesut pancreatic; se menajează arcada vasculară pancreatico-duodenală și un minimum de 5 mm de țesut pancreatic pe marginea dreaptă a VMS și a venei porta, pentru a evita leziunile vasculare (*fig. 1c*). O pensă Dogliotti trebuie să fie plasată în ductul biliar principal, prin cistic sau prin coledocotomie (dacă pacientul a fost colecistectomizat), pentru ghidare, dacă există o suspiciune privitor la integritatea ductului biliar comun sau necesitatea de excizie a țesutului pancreatic periductal, ce comprimă ductul biliar comun, în baza unor probe preoperatorii de icter sau niveluri elevate de fosfatază alcalină [2], ca în cazul 1 (*fig. 1c, 1d*). La prezența unei stricturi coledociene extinse este necesar a realiza suplimentar coledocopancreatostomia [5], efectuată atât în cazul 1, cât și în cazul 2 (*fig. 1d*).

Se secționează jejunul la 20 cm de unghiul Treitz; se duce o ansă în Y, întocmai Roux, transmezocolic și se efectuează o anastomoză pancreato-jejunală în două straturi, primul atașând mucoasa și seroasa jejunală la marginea ductului pancreatic (*fig. 1e*), urmată de al doilea strat între seroasa jejunului și capsula pancreatică. Continuitatea tractului gastrointestinal este refăcută printr-o anastomoză jejuno-jejunală la 40 cm de anastomoza pancreato-jejunală. Drenarea cavității peritoneale se va realiza doar în cazul în care a fost efectuată o coledocotomie [2].

**Discuții.** Indicațiile tratamentului chirurgical în pancreatita cronică sunt reprezentate, în principal, de durere, pseudochisturi pancreatice, compresia căii biliare principale și a duodenului, suspiciune de neoplasm pancreatic și, mai rar, de hemoragia sau obstrucția colică [1,18]. Ținând cont de diversitatea prezentărilor clinice ale PC, se consideră că nu există o opțiune chirurgicală net superioară celorlalte [2,17]. Fără îndoială că o rezecție pancreatoduodenală trebuie efectuată în cazul unui suspiciu de neoplazie [1,2,4,17] sau dacă este prezentă distrofia chistică a peretelui duodenal [19,20]. În cazul unui diagnostic sigur de PC există o părere unanımă că este necesară conservarea integrității duodenului și a parenchimului pancreatic, pe cât de mult posibil, pentru a minimaliza insuficiența exo- și endocrină [9,13].

Lipsa durerii postoperator rămâne a fi un indicator calitativ al intervenției chirurgicale, dacă rezultatele sunt bune pe termen lung, procedeul respectiv nu trebuie neglijat [4]. Dintre metodele derivate, PJJ, în modificarea Partington-Rochelle, este cel mai des utilizată datorită morbidității, mortalității scăzute și procentului mare al pacienților fără dureri pe o perioadă de 5 ani [6,10]. Procentajul eșecului (30%) pe perioade lungi, se explică parțial prin faptul că pacienții continuă să consume alcool [1,4,6,10], dar mai mult prin lipsa decompresiei complete a ducturilor Wirsung și Santorini, precum și a ducturilor colaterale localizate în capul pancreasului [2,4,21].

Diametrul normal al ductului Wirsung constituie 3-5 mm [5,6] și această mărime este deseori întâlnită în PC dureroasă [1]. Aproximativ 90-95% din pacienții supuși rezecțiilor cefalice pentru PC au mărimi neproporționale ale diametrului ductului și masei inflamatorii cefalice [1]. Pentru soluționarea acestei probleme au fost propuse două procedee: rezecția cefalică cu păstrarea duodenului (op.Beger) și rezecția cefalică ventrală cu PJJ (op.Frey). Chiar dacă raționamentele referitor la aceste modalități chirurgicale sunt diferite, rezultatele studiilor au arătat că ele sunt similare privitor la eli-

minarea durerii pe termene scurt și lung [17]. Însă morbiditatea postoperatorie în operația Frey este semnificativ mai joasă în comparație cu operația Beger (7,5-9% la 20%), deoarece este rezecată o cantitate mai mică de parenchim și secțiunea glandei la nivelul axului venos mezentericoport superior nu este necesară (tab. 1) [4,17].

Tabelul 1

**Avantaje și dezavantaje ale procedeelelor chirurgicale utilizate în PC**

<i>Procedeul chirurgical</i>	<i>Avantaje</i>	<i>Dezavantaje</i>	<i>Eliminarea durerilor pe termen lung (5 ani)</i>	<i>Morbiditatea și mortalitatea</i>
Pancreatojejunostomie laterală (PJJ)	Executare simplă. Păstrează anatomia și fiziologia „normală” a tractului digestiv	Nu se decompensează sistemul ductal pancreatic în întregime	65%-85%	Morbiditatea: 6% Mortalitatea: 0%-4,2%
Rezecția capului pancreasului cu preservarea duodenului (procedeul Beger)	Păstrează anatomia și fiziologia „normală” a tractului digestiv. „Masa” inflamatorie rezecată poate fi examinată histologic	Riscul ischemiei duodenului. Rămâne o porțiune de țesut pancreatic potențial afectat	88%-90%	Morbiditatea: 20% Mortalitatea: 0,9%-3,6%
Rezecția ventrală a capului pancreasului combinată cu PJJ (procedeul Frey)	Combină rezecția cu drenarea. Păstrează anatomia și fiziologia „normală” a tractului digestiv. „Masa” inflamatorie rezecată poate fi examinată histologic	Nu este rezecată în întregime masa inflamatorie	58%-90% 87,5%-90,4%	Morbiditatea: 7,5% 9% Mortalitatea: 0%-2%
Rezecția pancreato-duodenală clasică Whipple/cu preservarea pilorului (PDPP)	Rata complicațiilor postoperatorii redusă cu PDPP (comparativ cu Whipple clasic). Masa inflamatorie în capul pancreatic este rezecată în întregime	Durată mare a operației. Rate înalte ale morbidității și letalității	81%	Morbiditatea: 32% Mortalitatea: 1%-3%

Rezecția pancreatică de tip Beger trebuie luată în discuție, dacă ductul pancreatic are dimensiuni normale sau este îngustat în cazul în care procesul inflamator este localizat cefalic, iar restul pancreasului este mai puțin afectat de boală [2,5]. Un exemplu tipic reprezintă cazul când capul pancreasului este mărit în volum, obstruează calea biliară, conține multiple chiste și calcificări, corpul și coada fiind mai puțin implicate [2,4,5]. În cazurile în care există suspiciune referitor la prezența unui proces neoplazic, se practică DPC cu preservarea pilorului. Operația Frey realizează o decompresie completă a sistemului ductal pancreatic [2,5,17,18]. Absența durerii postoperator confirmă această situație, spre deosebire de procedeele derivate în care decompresia nu este completă, cu recurență variabilă a sindromului dureros [6,10,11]. Ca și în cazul intervenției Beger, în tehnica Frey se menține duodenul intact, îndepărtând masa inflamatorie cefalopancreatică, chisturile de retenție și calculii intrapancreatici, însă fără secțiunea completă a pancreasului, ce ar necesita timp operator suplimentar și o disecție dificilă, ea fiind considerată mult mai ușoară tehnic comparativ cu intervenția Beger [2,5,12]. Printre complicațiile probabile, specifice pancreasului, după operația Frey, sunt abcesele intraabdominale, fistula pancreatică și hemoragia, cele septice fiind mai frecvente [3]. Se consideră că un factor responsabil de dezvoltarea complicațiilor septice este stentarea pancreatică preoperatorie. Circa 90% din pacienții care au înregistrat complicații au

fost stentați anterior [3]. Hemoragia este o altă complicație rară posibilă, însă, de fapt, a fost cea mai des întâlnită în seriile pacienților supuși operației Beger, fiind cauzată de disecția axului venos mezentericoport [3,12]. Dehiscenta pancreatojejunostomiei nu este o complicație frecventă, după intervențiile cu preservare de duoden pentru PC, deoarece structura fibrotică a țesutului pancreatic asigură o textură capabilă să mențină suturile [3]. Pe lângă remisiunea durerii, evoluția postoperatorie favorabilă, mortalitatea și morbiditatea reduse, procedeul Frey mai demonstrează calitatea superioară a vieții, comparativ cu metodele chirurgicale clasice, și corecția eficientă și rapidă a dezechilibrelor metabolice [3,4,5,13,16].

### Concluzii

Procedeul Frey asociază avantajele procedeele de rezecție cu cele ale procedeele de drenare, respectiv rezecția locală a capului pancreatic cu drenajul larg al canalului Wirsung, realizând una dintre opțiunile optime pentru managementul pacienților cu PC, evident în absența suspiciunii de neoplasm, în plus, se evită riscurile legate de disecția venei porta, caracteristice procedeele Beger.

### Bibliografia selectivă

1. Strate T., Knoefel W.T., Yekebas E., Izbicki J.R., *Chronic pancreatitis: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment*, Int J Colorectal Dis, 2003;18:97-106.
2. Ho S.H., Frey C.F., *The Frey procedure, Local resection of pancreatic head combined with lateral pancreaticojejunostomy*, Arch Surg, 2001;136(12):1353-8.
3. Chaudhary A., Negi S.S., Massod S., Thombare M., *Complications after Frey's procedure for chronic pancreatitis*, The American Journal of Surgery, 2004;188:277-281.
4. Falconi M., Bassi C., Casetti L., Mantovani W., Mascetta G., Sartori N., Frulloni L., Pederzoli P., *Long term results of Frey's procedure for chronic pancreatitis: a longitudinal prospective study on 40 patient*, J Gastrointest Surg., 2006;10:504-510.
5. Frey C.F., Suzuki M., Isaji S., *Treatment of chronic pancreatitis complicated by obstruction of the common bile duct or duodenum*, World J Surg., 1990;14(1):59-69.
6. Markowitz J.S., Rattner D.W., Warshaw A.L., *Failure of symptomatic relief after pancreaticojejunal decompression for chronic pancreatitis. Strategies for salvage*, Arch Surg., 1994;129:374-9.
7. DuVal M.K., *Caudal pancreaticojejunostomy for chronic relapsing pancreatitis*, Ann Surg., 1954;140:775-785.
8. Zollinger R.M., Keith L.M., Ellison E.H., *Pancreatitis*, N. Engl. J. Med., 1954;251:497-502.
9. Nealon W.H., Thompson J.C., *Progressive loss of pancreatic function in chronic pancreatitis is delayed by main pancreatic duct decompression*, Ann Surg., 1993;217:458-468.
10. Greenlee H.B., Prinz R.A., Aranha G.V., *Long-term results of side-to-side pancreaticojejunostomy*. World J Surg., 1990;14:70-6.
11. Bradley E.L., *Long-term results of pancreaticojejunostomy in patients with chronic pancreatitis*, Am J Surg., 1987;153:207-213.
12. Beger H.G., Buechler M., *Duodenum preserving resection of the head of the pancreas in chronic pancreatitis with inflammatory mass in the head*, World J Surg, 1990;14:83-7.
13. Malka D., Hammel P., Sauvanet A., Rufat P., O'Toole D., Bardet P., Belghiti J., Bernades P., Ruszniewski P., Levy P., *Risk factors for diabetes mellitus in chronic pancreatitis*, Gastroenterology, 2000;119:1324-1332.
14. Stapleton G.N., Williamson R.C.N., *Proximal pancreatoduodenectomy for chronic pancreatitis*, Br J Surg., 1996;83:1433-1440.
15. Cooper M.J., Williamson R.C.N., Benjamin I.S., *Total pancreatectomy for chronic pancreatitis*, Br J Surg, 1987;74:912-5.
16. Izbicki J.R., Bloechle C., Broering D.C., Kuechler T., Broelsch C.E., *Longitudinal V-shaped excision of the ventral pancreas for small duct disease in severe chronic pancreatitis*, Ann Surg., 1998;227:213-9.

17. Izbicki J.R., Bloechle C., Knoefel W.T., Kuechler T., Broelsch C.E., *Duodenum preserving of the head of the pancreas in chronic pancreatitis, A prospective randomized trial*, Ann Surg., 1995;221(4):350-8.
18. Keith R.G., Sabil F.G., Sheppard R.H., *Treatment of chronic pancreatitis by pancreatic resection*, Am J Surg., 1989;157:156-162.
19. Falconi M., Valerio A., Caldiron E., *Changes in pancreatic resection for chronic pancreatitis over 28 years in a single institution*, Br J Surg., 2000;1987:428-433.
20. Bittar I., Cohen Solal J.L., Cabanis P., Hagege H., *Cystic dystrophy of an aberrant pancreas. Surgery after failure of medical therapy*, Presse Med., 2000;29:1118-1120.
21. Frey C.F., Amikura K., *Local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy in the management of patients with chronic pancreatitis*, Ann Surg., 1994;220(4):492-504.

### Rezumat

Rezecția cefalopancreatică locală, combinată cu pancreatojejunostomia longitudinală (operația Frey), reprezintă o tehnică chirurgicală contemporană, relativ nouă în pancreatita cronică, mai simplă și mai rapidă, ceea ce permite a evita disecția axului portal din masa inflamatorie pancreatică, și este indicată în cazurile în care fenomenele inflamatorii, edematoase și cele de necroză sunt prezente în capul pancreatic și există o dilatare a ductului Wirsung. Sunt prezentate două cazuri cu pacienți cu pancreatită cronică severă, cu durere intensă, dependenți de antalgice, cu scădere ponderală, care au fost supuși operației Frey. La ambii pacienți a fost diagnosticată dilatare wirsungiană și masă inflamatorie cefalopancreatică. S-au analizat indicațiile, avantajele și dezavantajele procedeele chirurgicale utilizate la rezolvarea pancreatitelor cronice.

### Summary

The local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy (Frey operation) represents a convenient surgical technique in chronic pancreatitis, a simpler and less time consuming procedure that avoids the dissection of the portal vein from the pancreatic inflammatory mass and is indicated in cases with severe inflammatory and edematous alterations of the head of the pancreas at this level and with dilated Wirsung duct. Two patients with chronic pancreatitis with severe pain, addiction to analgetics and weight loss underwent a Frey procedure. In both patients an inflammatory mass in the head of the pancreas and dilated pancreatic duct were demonstrated. The indications, advantages and disadvantages of the surgical proceedings used in the treatment process of chronic pancreatitis are being analyzed.

## PROCEDEUL HASSAB-PAQUET MODIFICAT ÎN TRATAMENTUL VARICELOR ESOFAGOGASTRICE

**Gheorghe Ghidirim**, dr. h. în medicină, prof. univ., academician, **Igor Mișin**, dr. în medicină, conf.univ., **Ion Gagauz**, dr. în medicină, conf.univ., **Gheorghe Zastavnițchi**, asist. univ., Clinica Chirurgie nr. 1 „N. Anestiadi” și Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, USMF „N. Testemițanu”, Spitalul Clinic Municipal de Urgență

Hemoragia din varicele esofagogastrice (VEG) la pacienții cu hipertensiune portală (HP) este o urgență chirurgicală cu letalitate înaltă. În literatura de specialitate din ultimii ani se demonstrează prevalența metodelor endoscopice (ligaturare - LE sau scleroterapie - SE) în tratamentul și prevenirea hemoragiilor din varicele esofagiene [1-3]. Intervențiile chirurgicale nonșuntare sunt